

Jozef: het einde van een leven

Koos Heinsius en Esther Prins*

Casüistiek

Inleiding

Eind 2006 werd op het terrein van Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal een woon-werkvoorziening voor daklozen met problematisch gedrag geopend: De Nieuwehaven. Het oorspronkelijke idee van de gemeente (die de opvang financierde) was dat alleen onderdak en dagvulling nodig zou zijn. Het ziekenhuis wist echter wel beter, want mensen zijn niet voor niets jarenlang problematisch dakloos. Het zou waarschijnlijk gaan om twintig jaar onderbehandelde ernstige psychiatrie, met ook flink wat verslavingsproblematiek. Daartoe was de afdeling voldoende medisch-psychiatrisch toegerust. Dat deze doelgroep ook nog een heel ander probleem kan opleveren, bleek na enkele maanden.

Diagnose

Jozef is 43 jaar en is van half-Indonesische, half-Nederlandse afkomst. Hij wordt voor De Nieuwehaven aangemeld met het verzoek hem onderdak te verlenen tot zijn overlijden. Het team van De Nieuwehaven voelt hier niets voor, want een woon-werkvoorziening is geen hospice, en men heeft niet de indruk goede zorg te kunnen leveren.

Joop is terminaal ziek met long-, hart- en nierproblemen. Hij heeft ook hepatitis C. Jozef rookt zwaar sinds zijn twaalfde, sinds zijn vijftiende gebruikt hij harddrugs en alcohol. Hij is al vele jaren bekend in de daklozenzorg her en der in Nederland; sinds enkele jaren is hij in Rotterdam neergestreken. Hij is regelmatig ziek vanwege toenemende longproblemen en wordt zo nu en dan psychotisch, vooral als hij veel

* K. Heinsius, is maatschappelijk werker bij het Cluster Maatschappelijke en Verslavingspsychiatrie van Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal. E-mail: koos.heinsius@deltapsy.nl.

E. Prins is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij het Cluster Maatschappelijke en Verslavingspsychiatrie van Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal.

cocaïne gebruikt. Op de afdeling longziekten, waar hij bekend is, zien ze hem liever gaan dan komen. Hij dwingt medicatie en methadon af, steelt van medepatiënten en smokkelt cocaïne naarbinnen. Daarom wordt hij steeds zo snel mogelijk weer ontslagen.

Het gaat echter steeds slechter met hem. Hij verblijft tijdelijk op een ziekenafdeling binnen de daklozenopvang. Daar loopt het snel uit de hand, de combinatie cocaïne en zuurstoftekort leidt tot een delirant toestandbeeld, met uiteindelijk forse agressie en vervolgens opname in een algemeen ziekenhuis. Bij de daklozenopvang willen ze hem niet terug. Daarom wordt er een plek geregeld in een verpleeghuis. Ook daar is de situatie echter al snel onhoudbaar. Zodra Jozef weer enigszins mobiel is, gaat hij op jacht naar drugs. Hij is steeds zoek, steelt en bedelt, en dreigt als hij daarop aangesproken wordt. Andere patiënten worden bang van hem, en Jozef maakt daar misbruik van door nog meer geld af te troggelen. Familie van medepatiënten klaagt bij de directie.

Er wordt een poging gedaan hem met een BOPZ-maatregel in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen, omdat men een doodzieke man ook niet met zuurstof en al op straat wil zetten. Er is echter op dat moment geen duidelijk psychiatrisch ziektebeeld, zodat de procedure stagneert. Op vrijwillige basis is hij op de opnameafdeling van het psychiatrisch ziekenhuis niet welkom. Er volgt een levendige discussie tussen de instanties om ergens een plek voor Jozef te vinden. Jozef doorbreekt deze patstelling door te roken tijdens de toediening van zuurstof. Het zuurstofapparaat vat vlam en hij krijgt brandwonden in het gezicht, wat hem weer in het algemeen ziekenhuis doet belanden. De longarts wil hem dan geen zuurstof meer voorschrijven. Jozefs levensverwachting wordt op hooguit enkele maanden geschat, als hij op deze manier blijft roken. Uiteraard wil ook het verpleeghuis hem nu niet terug, waarop een wanhoopsaanmelding bij De Nieuwehaven volgt.

Het is duidelijk dat De Nieuwehaven niet bedoeld is voor stervensbegeleiding, en dat mogelijk niet de juiste zorg geleverd kan worden. Dat is een reden er niet aan te beginnen. Aan de andere kant zijn instellingen die daar wel voor bedoeld zijn blijkbaar niet in staat het verslavingsgedrag te hanteren. Het probleem is echter te acuut om lang te twijfelen. Daarom worden toch de mogelijkheden van De Nieuwehaven voor deze patiënt in kaart gebracht:

- Is de afdeling geschikt voor een rolstoelpatiënt? (Ja.)
- Kan er binnen het ziekenhuis voldoende deskundigheid worden

aangeboord met betrekking tot ernstige COPD, hart- en nierproblemen? (Ja. Beschikbaar zijn een internist, ervaren verpleeghuisartsen, apotheek en laboratorium.)

- Kan het ziekenhuis bedverpleging leveren als dit in een eindfase noodzakelijk zou worden? (Ja. Een somatische afdeling is aanwezig met ervaren somatisch verpleegkundigen.)
- Kan de afdeling het aan als patiënt psychotisch en/of agressief zou worden? (Ja. Dat komt immers wel vaker voor.)
- Kan de afdeling zijn verslavingsgedrag hanteren? (Ja. Uiteindelijk is dat een specifieke deskundigheid van De Nieuwehaven.)
- Kan er voldoende toezicht uitgeoefend worden? (Ja.)

De algemene conclusie is dat bij geen enkele andere opvangplek er op zoveel vragen ja geantwoord zou worden en dat het daarmee logisch was dat De Nieuwehaven de eigen bezwaren opzij zet en de patiënt opneemt. Jozef wordt daarop vanuit het algemeen ziekenhuis naar De Nieuwehaven overgebracht. Gezien werd een zwaarlijvige man met een helder bewustzijn en zichtbare benauwdheid. Hij gebruikt een enorme medicatielijst, want behalve somatische medicatie gebruikt hij onder meer Truxal[®], temazepam, mirtazepine, diazepam en methadon.

Behandeling

De opname duurt uiteindelijk nog geen week. Voor de medewerkers een enerverende week, want regelmatig blijkt men zich toch niet voldoende voorbereid te hebben op deze somatisch zieke patiënt. De eerste twee dagen loopt de patiënt bijvoorbeeld nog, en wordt in en uit bed geholpen. Niemand heeft er daarbij aan gedacht een verstelbaar bed te regelen. Jozef lijkt de eerste dagen niet te beseffen dat hij terminaal ziek is. Hij wil meer methadon en Valium[®], en daarin wordt - tot zijn blijde verrassing - zonder problemen meegegaan. Uiteraard ontstaan er wat problemen rond zijn rookgedrag; de rookmelders op de afdeling bewijzen hun nut uitvoerig. Op de derde dag na opname wil hij wel praten over het naderende einde en wil hij ook proberen contact te krijgen met zijn zus, die hij al tien jaar niet heeft gezien.

Uiteindelijk worden hartproblemen hem fataal. Hij wordt dagelijks somatisch beoordeeld, en na vijf dagen verslechtert hij. De urineproductie stopt en hij krijgt het steeds benauwder. Hij lijkt soms weg te zakken in korte perioden van bewusteloosheid. De rapportage meldt een dag voor zijn overlijden dat hij alleen nog wakker wordt om te roken. Het lukt zowaar om zijn zus op te sporen, en die komt op bezoek.

Op de zesde dag begint hij delirant te worden. Hij wordt die dag vijfmaal gezien door de arts, die voortdurend met de internist overlegt. Aan het eind van de middag is de indruk dat hij veel te ziek is om nog met zuurstof te kunnen omgaan. Hij wordt naar de somatische afdeling van het ziekenhuis overgeplaatst, en krijgt daar zuurstof toegediend. Als de onrust toeneemt wordt de zuurstof verhoogd en krijgt Jozef morfine en extra valium. Twee uur later overlijdt hij, rustig slapend.

Tot besluit

Bij de evaluatie zijn er bij het team van De Nieuwehaven toch twijfels over de gang van zaken. Men voelde zich onmachtig en ondeskundig en zou niet graag nogmaals zo'n patiënt verwezen krijgen. Bij nadere beschouwing echter is de conclusie dat het elders niet beter had gekund. Sterker, het idee ontstaat dat De Nieuwehaven zich er maar beter op kon instellen zo nu en dan te maken te krijgen met een stervensproces. Bij een bewoner is intussen een longcarcinoom gevonden, en bij een andere een ernstige levercirrose. Beide bewoners zijn, net zo min als Jozef, van het type dat erg welkom is in een ziekenhuis of verpleeghuis.

De geschiedenis van Jozef leert ons als nieuwe, onervaren afdeling dat als je een plek wilt zijn waar problematische daklozen welkom zijn, je je niet alleen moet instellen op psychiatrische en verslavingsproblemen. We moeten ons ervan bewust zijn dat er bij deze mensen veel somatische ellende en een korte levensverwachting zijn.

Mensen zoals Jozef hebben een bijstands- of WAO-uitkering, en hij had geen uitvaartverzekering afgesloten. Jozef had geen waardevolle bezittingen of geld waarmee de uitvaart kon worden betaald. Als de familie de uitvaart op zich neemt, betalen zij de volledige kosten. Als familie afstand doet, dan betaalt de uitkeringsinstantie de kosten. De familie heeft dan echter niets meer in te brengen, en er kan ook geen aanspraak worden gemaakt op eventuele erfstukken of bezittingen. Het is daarom verstandig om voor dit soort gevallen een uitvaartverzekering af te sluiten. Er is een verzekeringsmaatschappij die patiënten zoals Jozef altijd accepteert, zodat zij verzekerd zijn en de familie niet voor financiële verrassingen komt te staan.